

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

99

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

DANEL Jean-Louis

Né le 26 Novembre 1912, à Lille.

LES HYPODERMITES
STREPTOCOCCIQUES

Président: M. FIESSINGER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

DANEL Jean-Louis

Né le 26 Novembre 1912, à Lille.

LES HYPODERMITES
STREPTOCOCCIQUES

Président: M. FIESSINGER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1941



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153709_0029

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre Duval.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY ...	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			
MM.	}	Clinique	}
EGALLE		obstétricale.	
METZGER			
PORTES			
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT ,agrége		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
RUPPE		Stomatologie.
WEIL-HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU DOCTEUR LOUIS DANIEL

**Professeur de Clinique Dermato-Syphiligraphique
à la Faculté libre de Lille**

Mon Père et mon Ami.

A MA MERE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER

Professeur de clinique médicale.

*En témoignage de notre
reconnaissance pour sa
bienveillance à notre égard,
et pour le grand honneur
qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de cette
thèse.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BILLET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAVID, *in memoriam*.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CAMELOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANGERON.

MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR CALLENS, *in memoriam*.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMAND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WILMOTH.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER.

MONSIEUR LE DOCTEUR METIVET.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. E. WEIL.

MONSIEUR LE DOCTEUR F. RAMOND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARNIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEGOS.

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBEAUX-FERNET.

MONSIEUR LE DOCTEUR ESCALIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROUET.

A MON MAITRE, MONSIEUR LE DOCTEUR DEGOS

*Pour l'aide qu'il a bien
voulu nous apporter dans
ce travail. En remercie-
ments de ses précieux con-
seils.*

LES HYPODERMITES STREPTOCOCCIQUES

Plusieurs observations ont été publiées ces dernières années sur les Dermites et Hypodermites microbiennes, affections de connaissance relativement récente. Dans ces lésions, d'aspects fort divers, les travaux de M. le Professeur GUGEROT et de M. MILIAN ont fait ressortir deux formes étiologiques mieux individualisées : les Hypodermites tuberculeuses et les Hypodermites à microbes pyogènes.

Parmi ces dernières, les infections streptococciques ont retenu l'attention. Nous avons eu, pour notre part, l'occasion d'en voir quelques cas, pendant notre stage d'internat, malheureusement trop court, à la consultation de médecine de notre maître, M. le Docteur DEGOS.

Ce sont en particulier les *Dermo-Epidermites streptococciques nodulaires non suppurées* qui seront l'objet de cette étude, à cause de leur fréquence, et des difficultés diagnostiques qu'elles peuvent susciter.

Elles sont en effet à l'origine de nombreuses confusions, en particulier avec l'Erythème noueux. C'est

avec ce dernier diagnostic que sont arrivés la plupart de nos consultants, tant l'allure des lésions pouvait, au premier abord, paraître évidente et typique.

Mais à côté de ces formes, l'infection dermo-épidémique par le streptocoque peut revêtir de nombreux aspects selon l'étendue des lésions, en profondeur comme en surface.

Ces divers types peuvent être rangés en trois catégories :

— Hypodermites streptococciques pures, siégeant uniquement dans l'hypoderme

— Dermo-hypodermites nodulaires

— Dermo-hypodermites en plaques

reliées entre elles par toutes les formes de transition et pouvant coïncider chez un même malade.

CHAPITRE I.

LES HYPODERMITES NODULAIRES PURES

Représentent un aspect peu fréquent.

Les lésions, qui ont l'aspect d'une gomme sous-cutanée, forment des tuméfactions dures, rondes ou ovoïdes, de deux à cinq centimètres de diamètre. La peau qui les recouvre est de teinte normale, et non œdématisée (de même que dans les sarcoïdes type Darrier-Roussy).

En profondeur, les nodosités ont des rapports variables : tantôt assez mobiles sur les plans profonds, dont elles peuvent même être complètement indépendantes, tantôt au contraire semblant faire corps avec l'aponévrose et les masses musculaires.

Elles sont indolores ou peu douloureuses spontanément, mais sensibles en général à la palpation.

Leur nombre est variable ainsi que leur siège. Elles ne s'accompagnent pas, en règle, d'adénopathie nette-

ment perceptible. Leur évolution se fait en général en trois ou quatre semaines, et cette durée relativement courte permet de séparer facilement ce type des différentes tumeurs sous-cutanées.

Elles peuvent cependant, bien que plus rarement, passer à la suppuration, prenant alors l'aspect d'une gomme. On peut alors penser à une lésion syphilitique, tuberculeuse ou mycosique. Ces hypodermites suppurées gommiformes se rapprochent beaucoup des abcès sous-cutanés aigus ou subaigus d'allure froide, abcès froids pyogènes décrits par M. GOUGEROT.

Ces infiltrats nodulaires siégeant uniquement dans l'hypoderme sont assez rares.

Une de nos malades, dont nous reproduisons plus loin l'observation, présentait, en même temps qu'une dermo-hypodermite nodulaire aux deux jambes, une tuméfaction sous-cutanée de la grosseur d'une noisette, d'une consistance semblable à celle d'un petit fibrôme, et siégeant à la face postérieure du bras gauche. Cette petite tumeur était recouverte d'une peau relativement mobile. Elle était également mobile et indépendante des plans profonds. Aux dires de notre consultante, d'autres nodosités semblables étaient apparues dans les mois précédents, qui avaient disparu au bout de 3 semaines à 1 mois.

M. MILIAN rapporte le cas d'un nourrisson, chez

lequel sont apparues deux petite masses indurées, siégeant également au niveau des membres supérieurs (avant-bras gauche et bras droit) : tuméfactions cutanées, allongées de cinq centimètres de long sur deux à trois centimètres de large, profondes, paraissant faire corps avec le muscle, légèrement douloureuses, et recouverte d'une peau absolument normale. Elles étaient semblables à des gommès syphilitiques profondes.

La guérison s'était produite spontanément en quelques jours, par simple résorption, sans suppuration.

Dans le *Journal des Sciences Médicales de Lille* (mai 1936), M. le Professeur DANIEL a publié la relation de deux cas d'abcès gommiformes, limités pour ainsi dire aux grands plis (aine, aisselle, pli sous-mammaire).

Les deux cas concernaient deux femmes assez obèses, habitant deux localités voisines. Les gommès apparaissaient et mûrissaient rapidement, au point qu'il y eut une certaine difficulté à en prélever une pour l'examen microscopique, avant qu'elles se fussent infectées par l'ouverture. Ces petites productions avaient régulièrement une allure presque traçante, c'est-à-dire qu'au bout d'une dizaine de jours environ, le stylet introduit dans l'ouverture allait res-

sortir quelques centimètres plus loin par un autre pertuis.

Au microscope : infiltrat de petits éléments mononucléés sans formations nodulaires, ni cellules géantes, à centre rapidement en voie de nécrose. Les recherches bactériologiques n'ont relevé que des microbes banaux. La méthode de Lowenstein n'a pas permis de s'orienter sûrement vers une tuberculose atypique. Ni sporotrichose, ni mycose quelconque dans les cultures. Un microcoque constaté par le Professeur de Bactériologie, M. le Docteur ARCHER, n'a pas pu être affirmé comme étant pathogène dans ces deux cas.

Il ne s'agit pas de streptococcies évidentes. Cependant ces deux cas, jusqu'à présent inclassables, peuvent faire considérer tout au moins que le chapitre des hypodermites microbiennes est encore extensible, peut-être même en tenant compte des germes nouveaux.

Un traitement chirurgical (ouverture soignée sur sonde, curetage des trajets fistuleux et cautérisation par le chlorure de zinc et le thermocautère) n'a pas donné de guérison définitive.

La première malade a guéri par application de radiothérapie superficielle, à doses fractionnées. La seconde malade, vue par M. le Professeur GOUGEROT, guérit par des médications locales antipyogéniques

répétées. Les circonstances actuelles ne nous ont pas permis de revoir ni les coupes histologiques, ni les sujets intéressés.

Beaucoup plus fréquentes sont les lésions atteignant à la fois derme et hypoderme.

CHAPITRE II.

DERMO-HYPODERMITES NODULAIRES

Ces lésions sont très intéressantes, car elles sont peu connues et provoquent de fréquentes erreurs de diagnostic.

L'éruption en effet ressemble beaucoup à celle de l'Erythème noueux. Elle est formée de nodosités dermo-hypodermiques, de volume variable (deux à cinq centimètres de diamètre). En général celles-ci sont peu saillantes, et se distinguent des tissus sains par trois caractères :

1° *La couleur de la peau qui les recouvre* : plaque rouge plus ou moins étendue, à bords peu nets, dégradés, mais réguliers. Le centre en est parfois un peu plus pâle. Cette plaque ne dépasse pas en général les limites de l'induration ;

2° *L'induration* dermo-hypodermique, de consistance variable ; tantôt simple empâtement plus ou moins mou, surtout sur les bords, tantôt infiltration

très marquée. En surface les limites de cette induration ne sont pas nettes, prolongée qu'elle est à la périphérie par un œdème un peu plus diffus. En profondeur, tout le derme et l'hypoderme sont infiltrés, et l'induration peut atteindre l'aponévrose et les muscles, fixant alors la nodosité sur les plans profonds;

3° *Le caractère inflammatoire du nodule* qui est parfois très net, ainsi que nous avons pu le voir chez une de nos malades, dont les lésions recouvertes d'une plaque rouge vif, étaient nettement douloureuses en dehors de tout contact. La température locale y était augmentée.

Mais très fréquemment, on rencontre des nodules indolores spontanément, d'une coloration rose pâle ou violacée, et sans changement de la température locale.

Leur nombre est très variable. Ils apparaissent en général par poussées successives de deux à trois éléments.

Ces lésions siègent habituellement aux jambes, de façon symétrique ou nettement prédominante d'un côté. On voit alors coexister des éléments de différents âges et de différents ordres : nodosités très enflammées ou presque froides, éléments à leur déclin, à côté d'éléments roses clair nouvellement apparus.

Les signes généraux et fonctionnels qui accompa-

gnent cette éruption sont en général très discrets : une légère poussée de température au moment de l'éclosion, un peu de fatigue. Mais souvent l'absence et l'altération de l'état général font que le malade n'est nullement gêné, et que la découverte de la maladie est fortuite. Parfois cependant un *prurit* d'intensité variable accompagne l'éruption.

L'évolution d'un élément se poursuit en un temps difficilement déterminable. Apparue habituellement de façon rapide (et parfois un peu douloureuse dans les premières heures), la nodosité persiste dix à vingt jours, puis l'induration s'atténue, les limites deviennent moins nettes, la plaque érythémateuse régresse, en même temps qu'elle devient plus pâle et violette. Mais, à partir de ce moment, une tache violacée, ou une macule brunâtre peut persister et rester pendant des mois le témoin de la lésion hypodermique disparue.

Un élément important apparaît souvent au cours de cette évolution : l'épiderme se soulève au niveau du centre, se rompt, et *une collerette épidermique squameuse* à contours plus ou moins réguliers, parfois déchiquetés, semblable à celle qui double les contours de la lésion, ou le pourtour de sa partie centrale.

La durée totale de l'éruption est de trois à dix semaines, dépendant du nombre, et de la durée des pous-

sées. Cette durée est diminuée parfois de façon très nette par l'emploi d'un antiseptique local (pommade au collargol) et un traitement général par les sulfamidés.

Mais un des caractères les plus importants de l'évolution est *la fréquence des récurrences*. Dans presque tous les cas observés, l'éruption s'était produite plusieurs fois, et les récurrences s'étaient produites au cours de plusieurs mois ou même de plusieurs années.

Dans certains cas, un ou plusieurs éléments nodulaires s'étalent au cours de la poussée, l'infiltration s'étend en surface, et réalise une plaque de dermohypodermite qui persiste habituellement jusqu'à une poussée ultérieure, ou même au delà.

Enfin, bien que beaucoup plus rarement, la suppuration peut se voir : un nodule devient rouge sombre, sa partie centrale s'amincit, il devient fluctuant : un abcès s'est formé contenant du streptocoque à l'état de pureté.

Le diagnostic de cette forme se pose avant tout, nous l'avons vu, avec l'érythème noueux. La distinction en est parfois très délicate ; elle se base sur :

1° L'aspect inflammatoire des lésions. Ces nodules se résorbent comme une inflammation banale ; et non en passant par les teintes ecchymotiques de la dermatite contusiforme ;

2° La suppuration possible, bien que très rare, d'un élément ;

3° La coexistence, ou l'apparition au cours d'une poussée d'un placard d'hypodermite, d'un érysipèle ou d'une épidermite à localisations streptococciques ;

4° L'influence heureuse d'un traitement antiseptique ;

5° Les récidives de l'éruption nodulaire.

Ce dernier caractère est de beaucoup le plus important ; en effet un des caractères admis de l'érythème noueux est l'absence de récidives.

Au contraire la transformation d'un nodule en placard diffus, le caractère extensif des lésions ne permettent pas d'éliminer une *dermo-hypodermite tuberculeuse*.

D'une part un placard streptococcique peut prendre l'aspect d'un érythème noueux : tel est le cas rapporté par M. MILIAN : un malade présentait au niveau de la jambe droite des plaques douloureuses datant de quinze jours : placard rouge violacé ferme, dur en certains points, empâté en d'autres, donnant à la palpation une douleur vive, accompagnée d'un léger œdème malléolaire. A la face interne de la jambe, quelques petites macules rougeâtres. Cet infiltrat était accompagné d'une adénopathie inguinale douloureuse avec périadénite. A la jambe gauche, quelques petites

cicatrices de couleur jaunâtre. Ces lésions réalisaient un aspect d'Erythème noueux géant, mais elles n'étaient pas saillantes sous la peau, et leur coloration était plus violette que rosée.

Après quarante-huit heures de pansements humides boriqués, les plaques pâlirent et se collectèrent en plusieurs points, sur toute l'étendue du mollet. L'évolution avait duré trois semaines.

A l'opposé de ces streptococcies, ressemblant à un érythème noueux, les dermo-hypodermites tuberculeuses peuvent prendre un aspect inflammatoire. C'est le cas de l'observation d'une hypodermite nodulaire et en plaque centrifuge subaiguë, probablement tuberculeuse, publiée par MM. GOUGEROT et DESMONTS : au début, une lésion nodulaire d'hypodermite subaiguë, qui s'était progressivement étendue en plaque, à marche centrifuge, réalisant un placard de douze centimètres. L'accroissement en fut rapide, mais la régression complète. En cours d'évolution, l'intradermo-réaction à la tuberculine pratiquée au voisinage de la lésion initiale, reproduisit cette lésion, avec production d'escharre, alors que l'intra-dermo-réaction pratiquée au bras avait été normale, mettant en évidence un phénomène d'hyperallergie totale.

Cette hyperallergie, l'existence d'une pleurésie serofibrineuse les antécédents, la négativité des intra-

dermo-réactions au staphylocoque, au streptocoque sont en faveur de la tuberculose.

L'évolution subaiguë, l'aspect demi-chaud ne sont pas des arguments contraires, car l'Erythème induré de BAZIN et les sarcoïdes noueux ont souvent cette allure aiguë à leur début.

Même la suppuration peut se voir au cours de l'évolution des lésions tuberculeuses. La gomme tuberculeuse évolue également vers l'ouverture. La lenteur de cette évolution n'est pas toujours retrouvée. Sous le titre de « cellulites nodulaires caséifiées à type d'Erythème noueux », M. GATÉ rapporte une observation concernant une femme qui présentait des nodosités sous-cutanées avec douleurs, gonflement articulaire et fièvre. Une collection froide formée au niveau de ces nodules permit une ponction ; et l'inoculation au cobaye du liquide retiré des nodules eut un résultat positif pour le B. K. Cette malade présentait de plus des images radiologiques d'ostéite cystoïde de GUNGLING. Cet aspect constituerait donc une forme intermédiaire entre les nodules de l'érythème noueux et les gommes tuberculeuses vraies.

Dans un ordre d'idées contraires, les dermo-hypodermes à cocci pyogènes, et en particulier les hypodermes à streptocoques peuvent prendre un aspect subaigu, presque froid, traînant, la suppuration restant toujours un fait exceptionnel (sauf des petits ab-

cès collectés dans la zone superficielle de l'épiderme).

Ainsi donc, qu'il s'agisse de l'aspect clinique ou de l'évolution, les hypodermites streptococciques et tuberculeuses peuvent avoir une allure absolument semblable.

D'autres affections extrêmement plus rares pourraient être discutées : telle la maladie exceptionnelle décrite par WEBER CHRISTIAN sous le nom de *Panniculite nodulaire non suppurée, fébrile, récidivante*. On trouve de nombreux nodules, d'allure variable, inflammatoire ou froide sans aucune tendance à la suppuration, évoluant par poussées parallèles, aux signes généraux parfois graves. L'examen anatomo-pathologique ne montre aucune lésion caractéristique. L'évolution peut se faire :

1° *soit de façon chronique* : au niveau des nodules, la peau se pigmente, se déprime, s'atrophie et devient adhérente au derme sous-jacent et aux aponévroses. La guérison s'observe après un à quinze ans d'évolution ;

2° *soit de manière aiguë et fébrile*, avec nodules sous-cutanés évoluant vers une atrophie graisseuse particulière.

Un malade porteur de cette affection présentait une trentaine de nodosités de un à douze centimètres de diamètre, mobiles sous la peau, non douloureuses,

et sans aucun caractèe inflammatoire. Plusieurs adhéraient à la peau qui était déprimée et jaune bistre. La mort survint au bout de quatre mois. Les examens bactériologiques restèrent négatifs. L'examen histologique montrait simplement une nécrose du tissu adipeux sous-cutané.

De cette maladie d'origine absolument inconnue se rapproche la *Panniculite nodulaire liquéfiante*, qui ressemble de la maladie de Weber Christian par l'aspect des nodules. Mais ceux-ci, au bout d'une huitaine de jours, se transforment en petites masses kystiques, qui laissent couler un liquide huileux ne contenant aucun microbe.

La capillaropathie oblitérante aiguë circonscrite de Buinevitch également très rare : infiltrations dures, disséminées dans le tissu cellulaire sous-cutané, survenant par poussées, accompagnées d'accès fébrile, guéries par la trypaflavine. D'origine septique, elle serait, d'après l'auteur, une affection autonome des petits vaisseaux de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. L'examen histologique pratiqué chez un de ces malades montrait une septicémie staphylococcique avec embolies microbiennes (petites nécroses et granulomes des vaisseaux sous-cutanés).

Le laboratoire n'apporte qu'une aide médiocre à la clinique, en dehors des formes suppurées, car la

recherche du streptocoque dans les nodules ne donne le plus souvent que des résultats négatifs.

Cependant les intra-dermo-réactions au vaccin antistreptococcique sont toujours fortement positives chez les malades atteints d'hypodermite streptococcique, alors que les intra-dermo-réactions à d'autres vaccins (anti-staphylococcique par exemple) et à la tuberculine au millième sont négatives, ou simplement maculeuses, très atténuées. Un fait surtout est intéressant : l'existence d'une hyperallergie locale. Lorsque l'intra-dermo-réaction est faite au voisinage d'un nodule, elle est fortement positive dans plusieurs cas observés.

Quelques-uns des malades que nous avons pu voir présentaient des cas assez typique de dermo-hypodermite d'aspect analogue à celui que nous venons de présenter.

Mme L..., âgée de soixante ans, est venue consulter il y a deux mois pour une éclosion récente de nodosités érythémateuses et cyanotiques siégeant aux deux jambes (un tiers inférieur de la jambe gauche, une moitié inférieure de la jambe droite), sans prédominance antérieure, latérale ou postérieure. Un seul nodule au niveau de la face interne du tibia droit. Cette malade avait présenté depuis six ans de poussées de nodosités, siégeant aux jambes, indolores spontanément, mais douloureux

ses au palper, rouges, puis violacées, entourées d'œdème, évoluant sans température, étiquetées piqûres de moustiques, puis érythème noueux et traitées par le salicylate. La durée de chaque nodule était de trois semaines environ. Aucune douleur articulaire ne les accompagnait. Une angine notée à cette période, ne coïncidait pas avec une nouvelle poussée d'éléments. Ces nouures se maintenant au nombre d'une dizaine, disparurent en l'espace de deux mois, au cours d'un séjour de huit mois au bord de la mer.

Deux mois après son retour, apparition de nouveaux éléments plus plats et de plus longue durée. Deux ou trois éléments à la jambe droite ont formé en un mois un large placard érythémateux à la partie interne de la jambe. Ce sont ces éléments qui amènent notre malade à consulter. Ils siègent à la moitié inférieure des deux jambes. Ce sont des indurations hypodermiques de cinq à sept centimètres de diamètre, à bords assez nets et réguliers, de coloration allant du rose clair au violet. Un des éléments est entouré par une fine desquamation à bords en collerette.

Les nodosités sont peu nombreuses (trois à la jambe gauche, deux à la jambe droite). Il n'y a jamais eu de suppuration.

Au niveau de la face postérieure du bras gauche, cette malade présentait une tuméfaction sous-cutanée, sans atteinte du derme, mobile sur les plans profonds.

Une biopsie a été faite au niveau d'un des éléments de la jambe. L'examen anatomo-pathologique, pratiqué par M. DUPERRAT ne donne chez cette malade aucun ren-

seignement précis : sous un épiderme normal, des infiltrats lympho-histiocytaires pericapillaires disséminés dans le derme et l'hypoderme. Deux d'entre eux sont développés entre les cellules graisseuses de l'hypoderme, manifestant une ébauche de tendance épithélioïde.

Par contre l'intra-dermo-réaction au streptocoque était fortement positive, et surtout beaucoup plus intense au voisinage de la lésion où elle était phlycténulaire. Intra-dermo-réaction au staphylocoque négative. Intra-dermo-réaction à la tuberculine, positive au bras, mais très atténuée au voisinage du placard de dermo-hypodermite.

A la suite d'un traitement par le Rubiazol et la pommade au collargol, nous avons constaté une disparition presque totale de la rougeur au niveau de la jambe gauche, mais les nodules de la jambe droite ont persisté, atténués.

Mme B..., âgée de vingt-six ans, présente depuis le mois d'octobre 1939, des poussées de nodules rouges violacés sur les deux jambes. Ces nodules au nombre de quatre ou cinq, douloureux au début, puis uniquement sensibles à la pression (les phénomènes inflammatoires durent trois à quatre jours).

D'octobre à juillet 1940, la malade a eu cinq poussées, durant chacune quinze jours à un mois. Les éléments conservent le même aspect. Ils sont plus ou moins nombreux, mais siégeant uniquement sur les jambes.

Chez cette malade, le diagnostic d'érythème noueux avait été également posé en novembre 1940, elle ne pré-

sentait plus qu'un seul élément de cinq centimètres de diamètre, très inflammatoire, centré par un point de folliculite suppurée (toutes les poussées précédentes auraient été également centrées par un petit point blanc).

L'intra-dermo-réaction au streptocoque, positive au bras, fut phlycténulaire au voisinage de l'élément érythémateux. L'I. D. R. au vaccin antistaphylococcique négative ; à la tuberculine la réaction était moyennement positive.

Mme D... présente depuis le mois de septembre 1938 des nodules sur les deux jambes, les uns de la grosseur d'un pois, les autres de deux à trois centimètres de diamètre, adhérent à l'épiderme qui est rose ou violacé.

A ce moment, on note de plus une dermo-épidermite streptococcique rétro-auriculaire gauche et une parakératose du cuir chevelu, accompagnée d'un ganglion cervical gauche, dur et sensible à la pression.

Traitement par le Rubiazol et la crème d'Alibour. Tous les nodules disparaissent, sauf, à la face postérieure de la jambe gauche, un seul, qui prend l'aspect d'un nodule sous-cutané dur, non douloureux, adhérent à l'épiderme et au derme, sans rougeur de la peau. Le ganglion cervical a disparu en même temps que la dermo-épidermite rétro-auriculaire et la parakératose du cuir chevelu.

Au bout d'un mois, la lésion de la jambe s'est ravivée, est redevenue rouge et douloureuse. Quatre éléments nouveaux sont apparus sur la jambe droite, rouge violacés, fermes, sensibles à la pression. Pas de température.

Mme J... a présenté en novembre 1938 trois nodules érythémateux autour du genou gauche. Elle était fatiguée depuis deux mois et présentait des douleurs articulaires. L'aspect était absolument semblable à celui d'un érythème noueux.

Au bout d'un mois, apparition d'un élément plus diffus de trois centimètres de diamètre, à contours irréguliers, d'aspect rose, inflammatoire, ayant l'allure d'un placard de dermo-hypodermite infectieuse. Petits ganglions inguinaux sensibles. Température 38° 5, amaigrissement de 1 kilogr. Après un mois d'évolution extensive, puis stationnaire, le traitement anti-infectieux détermine une résorption des nodules sous-rotuliens, ne laissant qu'une petite zone de peau rosée. Le placard prend un aspect moins inflammatoire, surtout au centre, où il devient jaunâtre. L'infiltration hypodermique diminue, et il ne persiste qu'une légère douleur. Le choc rotulien, qui était apparu, disparaît, et le genou désenfle.

Au bout d'un mois, les éléments cutanés ont entièrement disparu.

Mme P..., âgée de 22 ans, présentait depuis le 15 avril 1939 des nodosités siégeant dans la région sus-malléolaire interne droite, à la face interne de la jambe droite, à la face postérieure de la jambe gauche. Nodosités fermes, roses rouges et cerclées d'un clivage de l'épiderme, douloureuses à la pression. Un de ces éléments, mieux limité, rouge violacé. Un mois après, apparition de nouveaux éléments roses-rouges absolument semblables à

un érythème noueux, mais n'en ayant pas l'évolution ecchymotique.

Une fois le traitement institué, aucune lésion nouvelle n'apparaît ; les lésions préexistantes deviennent moins inflammatoires, s'étalent en surface et tous les éléments se recouvrent d'un clivage épidermique.

Au mois d'août 1938 les lésions ont rétrocedé, mais il persiste des taches violacées aux endroits des infiltrats.

Madame C..., âgée de 60 ans, présente une plaque dermo-épidermique rougeâtre, œdemateuse, recouverte d'une peau luisante siégeant à la jambe droite; et surmontée d'un petit nodule. A la jambe gauche, deux placards de six centimètres sur huit, de la même couleur, avec un nodule d'un volume d'une noisette sous-jacent. Il n'y a pas d'adénopathie. Chez cette malade, l'intra-dermo-réaction au streptocoque est très positive au bras et au niveau des jambes, maculeuse au staphylocoque. La tuberculine donne une réaction papuleuse au bras ; à la jambe, la réaction est beaucoup plus faible. Au bout d'une dizaine de jours, les lésions s'étalent, le nodule de la jambe gauche se transforme en plaque. Celui de la jambe droite reste presque strictement hypodermique.

Le traitement Rubrazol-Pommade au Collargol amène en une quinzaine de jours une régression sensible des lésions.

Madame E..., 33 ans, vient consulter pour des nodules apparus au niveau de la jambe gauche : deux élé-

ments dermo-hypodermiques limités, de teinte rouge-violacée, mais légèrement ecchymotique, peu sensibles à la pression. Elle a déjà présenté, il y a six mois, deux éléments semblables à la jambe droite. Leur trace persiste sous forme de taches rose-brun, mal limitées, très peu infiltrées, recouvertes d'un épiderme squammeux. Il n'y a aucun trouble de l'état général. Le traitement amène une disparition complète des lésions au bout de quinze jours.

Monsieur C..., 57 ans, présente une douleur légère de la première phalange du cinquième doigt droit. Il se serait coupé superficiellement à cet endroit deux mois auparavant ((?)

Il présente maintenant à ce niveau une tuméfaction nette avec pseudo-fluctuation et œdème marqué, empêchant la flexion du doigt. La douleur est peu marquée. L'articulation est libre, mais gênée par l'œdème. Pas de lymphangite, pas d'adénopathie. L'état général n'est pas touché.

Le doigt redevient normal au bout de trois jours de traitement.

Dans tous ces cas :

- 1° L'aspect nodulaire, à type d'érythème noueux;
- 2° L'évolution subaiguë ;
- 3° L'amélioration ou la guérison par le traitement anti-infectieux local et général ;
- 4° Les résultats de l'intra-dermo-réaction

constituent un ensemble de faits cliniques assez typiques permettant de poser le diagnostic de dermo-hypodermite nodulaire streptococcique.

M. GOUGEROT a publié, avec VIAL, sous le titre d'hypodermite aiguë d'origine inconnue, l'observation d'une femme qui présentait une éruption de nouures violacées, évoquant l'aspect d'un érythème noueux, siégeant à la cuisse et au creux poplité. Alors que certains éléments guérissaient spontanément, l'un d'entre eux évolua vers la formation d'un large placard dermo-hypodermique à surface plissée et piquetée. L'hypoderme était envahi par une infiltration dure, assez bien limitée. D'autres placards étaient apparus ensuite. L'intra-dermo-réaction, très positive au streptocoque, l'était moins au staphylocoque, maculeuse à la tuberculine, négative à l'hémostyl. La malade, traitée par la chimiothérapie antistreptococcique, avait guéri en un mois. Ce cas semble rentrer dans le groupe des dermo-hypodermites streptococciques, malgré les recherches histo-bactériologiques négatives.

CHAPITRE III.

DERMO-HYPODERMITES EN PLAQUES

Ces aspects forment une catégorie beaucoup plus fréquente et beaucoup mieux individualisée que les hypodermites nodulaires dont elles constituent fréquemment d'ailleurs un mode d'évolution.

Les confusions sont beaucoup moins fréquentes et l'erreur de diagnostic se ferait plus volontiers en faveur d'une dermo-hypodermite streptococcique.

Le siège des lésions est ici encore habituellement le membre inférieur.

Les éléments sont moins nombreux, deux ou trois.

Les dimensions sont très variables.

Le placard est rouge violacé, légèrement saillant, de contours plus ou moins réguliers, habituellement polycycliques ou curvilignes. On y retrouve parfois la trace des nodules au niveau desquels il a pris naissance.

La consistance est ferme, élastique.

Il s'agit non pas tant d'une cellulite que d'une hypo-

dermite, car le derme et l'hypoderme sont atteints en totalité et la palpation permet de déceler des petits noyaux perdus dans l'infiltrat diffus et semblant correspondre à des lobules adipeux enflammés. Peut être, dans certains cas, peut-il s'agir de nodosités aux dépens desquelles le placard a pu prendre sa forme.

L'inflammation est plus ou moins nette, la température locale plus élevée. La palpation est le plus souvent douloureuse. Un œdème de consistance variable entoure le placard infiltré.

L'évolution du placard est extensive et celui-ci peut atteindre de grandes dimensions. Cependant cette forme a une allure plus subaiguë et torpide que les hypodermes nodulaires. Une fois constitué et étendu, le placard persiste pendant des mois. Des abcès peuvent se collecter, plutôt au centre qu'en périphérie et prendre la même allure froide que le reste de la lésion.

Même en absence d'abcès ouverts, l'épiderme est souvent le siège de lésions secondaires : desquamation furturacée, érosions. Chez un de nos malades, la lésion dermo-hyperdermique était recouverte d'une peau présentant de petites élevures épidermiques, grosses comme une tête d'épingle, laissant suinter un liquide clair.

En profondeur, l'infiltrat peut atteindre des plans

variables, et tous les intermédiaires sont possibles entre les parakératoses (épidermites streptococciques), l'érysipèle (dermite) et les infiltrats profonds.

Enfin il faut signaler la présence fréquente, au voisinage ou à distance des placards, des nodosités érythémateuses évoluant par poussées.

En présence d'une telle lésion, le premier diagnostic qui se pose est celui d'une *hypodermite tuberculeuse*, que réalise le placard de l'érythème induré de Bazin, auquel se trouvent souvent associées des nodosités indurées.

Plus encore les hypodermes diffuses, froides ou aiguës. Dans ce dernier cas, la tuberculose peut donner à des infiltrats hypodermiques semblables à ceux d'une infection aiguë, dont ils ont tous les caractères inflammatoires : sensibilité à la pression, œdème périphérique, augmentation de la chaleur locale. Parfois même, une collection peut s'ouvrir au centre du placard, présentant l'aspect d'un abcès chaud à microbes pyogènes banaux. Ceci explique la fréquence avec laquelle on pose le diagnostic d'hypodermite inflammatoire banale.

Dans une observation signalée par Monsieur le Docteur DEGOS, un cas semblable s'était présenté, et seul l'examen bactériologique du pus avait permis de trouver du bacille tuberculeux.

A côté de la gomme nodulaire posant le diagnostic avec une hypodermite nodulaire pure, *la syphilis* peut déterminer des infiltrats gommeux dermo-hypodermiques en nappes, plus ou moins diffus : placards rouges violacés, plus ou moins bien limités, adhérents aux plans profonds, se ramollissant et s'ulcérant par places.

Mais cette évolution vers le ramollissement, précédant l'ulcération, peut ne pas se voir ; au contraire leur aspect inflammatoire peut prêter à erreur.

Les *mycoses*, en particulier les actinomycoses provoquent des infiltrats hypodermiques qui se prêtent guère à confusion. En effet, la localisation cervico-faciale, la lenteur de l'évolution, la suppuration et la fistulisation par foyers multiples font songer au diagnostic, rechercher les grains jaunes et pratiquer les cultures appropriées.

Monsieur le Docteur MILIAN a publié récemment une observation d'hypodermite subaiguë. Un homme de 38 ans présentait un œdème blanc et mou de la jambe droite. Au niveau de la région sus-malléolaire, apparition d'un bracelet érythémato-cuivré à fond purpurique, de huit à dix centimètres de hauteur. Au bout de deux jours, le bracelet était moins coloré, mais de nouvelles pétéchies étaient apparues au niveau de

la jambe et du pied. Quarante-huit heures plus tard, le bracelet avait pris une teinte jaunâtre.

Une angine mycosique préexistante permet à Monsieur MILIAN de rattacher cette hypodermite à une mycose.

Un autre cas en avait déjà été signalé en 1910 par le même auteur sous le nom d'œdème érysipélateoïde dû à un ascomycète.

Enfin les *hypodermites dues aux infections staphylococciques, entérococciques* ne peuvent être différenciées que par les conditions d'apparition, les lésions associées et les examens de laboratoire. Diagnostic sans grande importance pratique d'ailleurs, le traitement et le pronostic étant semblables.

Les cellulites subaiguës staphylococciques peuvent prendre un aspect voisin. Elles peuvent s'accompagner d'œdème de caractère pachydermique. Les vaccins antipyogéniques ont été employés avec succès dans ces affections. Les périphlébites et les lymphangites ne constituent que des localisations particulières des mêmes infections. Toutes les transitions et les associations avec les différentes formes d'hypodermites y sont possibles.

De nombreuses observations de ces dermo-hypodermes ont été signalées.

Monsieur GOUCEROT en a publié plusieurs cas :

large placard unique de cinq à vingt centimètres de diamètre, irrégulier de forme, en général vaguement ovulaire. La peau est tendue. Dans un cas, elle restait blanche (hypodermite sans dermite). Dans les trois autres cas, la peau était rosée ou rouge clair, de teinte uniforme. Le quatrième avait un centre rouge orange, une zone moyenne rose vif, un bord rose violacé, diffusant sur la peau non encore envahie. La consistance est ferme, élastique. On sent que tout l'hypoderme est infiltré, épais de dix à trente millimètres, et la masse glisse sur l'aponévrose musculaire sous-jacente. Souvent, au-dessus de cette infiltration dure, œdème dermique, et, tout autour, œdème hpyodermique mou et dépressible. Parfois on sent très nettement des saillies arrondies de trois à six millimètres qui donnent l'impression d'être des lobules adipeux enflammés. Les bords, si l'on excepte l'œdème qui est inconstant, sont nets, durs, irréguliers et semblent formés de petites nodosités agglomérées.

La peau est plus chaude. La douleur spontanée est nulle (ou simple gêne de tension). La palpation est nettement douloureuse parfois de façon vive.

Les ganglions ne sont pas enflammés.

L'évolution est torpide en trois à six mois. Parfois, formation d'un petit abcès froid sans tendance à l'ouverture. La ponction de deux petits abcès superficiels montrait des polynucléaires altérés, des streptocoques

d'une part, des entéro-staphylocoques d'autre part. Parfois la desquamation a été observée.

Dans deux des cas publiés par Monsieur GOUGEROT, les placards s'étaient formés de façon insidieuse et très lente, mettant deux mois pour aboutir à leur complet développement.

Une autre observation de Messieurs GOUGEROT et LORTAT-JACOB concernait des petits placards de 4 centimètres de diamètre environ, siégeant sur les seins et l'abdomen, inflammatoires, chauds, érythémato-cyanotiques, indolents spontanément sensibles à la palpation, à contours mal délimités. Au centre du placard abdominal, la fluctuation avait précédé l'issue de pus, où le streptococoque avait été retrouvé à l'état pur.

Une observation relatait un cas accompagné d'abcès torpides contenant, eux aussi, du streptococoque.

Dans un ordre parallèle, une localisation scrotale à pu être observée avec induration, puis ulcération, mais l'examen bactériologique avait montré la présence de staphylocoque.

Nous avons eu, pour notre part, l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre, dont voici trois observations.

Mademoiselle L..., 22 ans, vient consulter au mois de décembre 1940, pour une plaque rouge-violacée apparue quinze jours auparavant, au niveau de la

face externe de la jambe droite. Cette lésion réapparaît à intervalles irréguliers depuis l'âge de 12 ans. Elle est très prurigineuse, mais peu douloureuse spontanément.

A l'examen cette plaque est d'une couleur uniformément rouge pâle entourée d'une zone violacée. Ses dimensions sont de 5 cm. $\times$ 8 cm. Peu sensible spontanément, cette lésion est infiltrée en profondeur, et adhère à l'aponévrose. Il n'y a pas d'adénopathie nettement perceptible. On note une hydarthrose du genou droit.

Cette malade, agineuse habituelle, a, de plus, des poussées de rhumatisme subaigu irrégulièrement espacées.

Après un traitement Collargol-Rubiazol, la plaque s'affaisse au bout de trois semaines, laissant simplement une zone un peu pigmentée.

Madame A..., présente aux deux jambes, deux placards, l'un en nappe rouge-violacée, à contours irréguliers, de grandes dimensions (7 cm. $\times$ 20 cm.), l'autre presque nodulaire (4 cm. $\times$ 3 cm.). Tous deux chauds, douloureux à la pression. Epiderme craquelé sur le grand placard. Pas d'adénopathie. Température à 38°5. Angine, quinze jours auparavant. Guérison en huit jours à la suite du traitement antipyococcique.

Monsieur P..., 52 ans. Dermo-hypodermite en bracelet des deux membres inférieurs, surtout à droite (ancienne fracture de guerre). Début, il y a trois ans, par œdème unilatéral droit, érythème et suppuration superficielle diffuse.

Pendant l'été les lésions ont presque disparu; mais elles ont repris aux premiers froids. Les deux jambes sont le siège d'un œdème diffus. La peau est de teinte rose clair, et recouverte d'un épiderme craquelé. Tout le derme et l'hypoderme sont infiltrés sur le tiers inférieurs des jambes. De petits croûtes superficielles sont visibles, et une sérosité claire recouvre la lésion. La palpation est douloureuse. Deux éléments profonds nodulaires sont découverts au-dessus du placard de la jambe droite.

L'œdème dépasse en haut les lésions. Il est également important au niveau du pied.

Cette dernière observation montre de plus la possibilité d'œdème presque éléphantiasique des membres inférieurs, en cas de lésions étendues et d'évolution torpide.

EN CONCLUSION

Le chapitre des hypodermites microbiennes est d'une grande importance. Il y a lieu d'y réserver une place très particulière aux lésions sous-cutanées attribuables à l'action du streptocoque, non seulement à cause de leur fréquence, mais également pour les aspects divers et trompeurs qu'elles peuvent revêtir.

En effet, il convient, du point de vue clinique et diagnostique de distinguer :

— *Les hypodermites nodulaires pures*, assez rares, qui se rapprochent du type gomme sous-cutanée.

— *Les dermo-hypodermites en plaques*, beaucoup plus fréquentes et mieux connues, qui peuvent poser le diagnostic d'un infiltrat tuberculeux diffus.

— Et surtout, *les dermo hypodermites nodulaires*, de connaissance assez récente, et sur lesquelles ont insisté plusieurs auteurs. Nous avons remarqué la fréquence avec laquelle le diagnostic d'érythème noueux avait été posé devant ces nodules dermo-hypodermiques.

Et c'est sur ce point que l'attention semble particulièrement être attirée.

— L'évolution locale, d'aspect non contusiforme, mais inflammatoire;

— L'allure souvent traînante et subaiguë;

La quasi-constance des récides en série;

— Les heureux résultats du traitement par le Rubiazol et le Collargol,

constituent un ensemble de faits cliniques permettant d'individualiser nettement ces dermo-hypodermes nodulaires.

Cette distinction avec l'érythème noueux, peu développée dans les ouvrages et les articles, même assez récents, est encore prouvée par des examens de laboratoire, dont les résultats plaident nettement en faveur de l'origine microbienne. Tels sont :

— La possibilité de formation d'un abcès contenant du streptocoque à l'état de pureté;

— Les résultats de l'intra-dermo-réaction au vaccin antistreptococcique, témoignant d'une hyperallergie locale au voisinage de la lésion.

Cependant, la fréquence avec laquelle se pose le diagnostic avec les tuberculides, et ceci, quelle que soit la variété d'hypodermite streptococcique, ne doit pas faire oublier d'autres confusions possibles.

— *La syphilis* — ici comme ailleurs — peut présenter des aspects analogues, plus ou moins inflammatoires.

— Et même, dans certains cas, les *mycoses*.

Enfin ces affections doivent être encore distinguées d'autres atteintes sous-cutanées inflammatoires. Il en est même peut être, comme nous en citons deux cas, qui pourraient être attribuées à des germes encore non classés.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
FIESSINGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CARCOPINO

BIBLIOGRAPHIE

- BINKLEY. — Panniculite non suppurée, fébrile, récidivante : maladie de Weber-Christian. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Mars 1938).
- DANEL. — Deux cas d'abcès gommiformes multiples des grandes plis, d'origine inconnue. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, Mai 1936).
- DEGOS. — Les hypodermes streptococciques. (*Paris Médical*, 1941).
- GATE, GRAVER, CHANAL et BERTRAND. — Cellulites nodulaires tuberculeuses caséifiées à type d'érythème noueux. Images radiographiques d'ostéite cystoïde. (*Presse médicale*, Mai 1933).
- GOUGEROT. — Dermes et hypodermes en dermatologie. (*Archives Dermato-syphiligraphiques*, Janvier-Février 1939).
- Abcès froids cocciens. (*Société Médicale des Hôpitaux*, Février 1909).
- Abcès dermiques et hypodermiques. Hypodermes aigus subaigus et chroniques. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*).
- GOUGEROT et BOULLE. — Hypodermes et dermo-hypodermes subaigus et chroniques strepto-staphylo-

cocciques. (*Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Décembre 1933).

— Nouveaux cas d'hypodermite subaiguës. (*Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Décembre 1933).

GOUGEROT et DESMONTS. — Hypodermite nodulaire et en plaques subaiguë et probablement tuberculeuse. (*Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Décembre 1938).

GOUGEROT et KAPLAN. — Hypodermite staphylococcique en plaques indurées puis abcédées du scrotum. (*Annales des Maladies vénériennes*, Octobre 1939).

GOUGEROT et LORTAT-JACOB. — Hypodermite en plaques et nodules strepto-staphylococciques. (*Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Décembre 1935).

GOUGEROT, VAN DER MEREN et BEURMAN. — Affections tuberculoïdes dues à des cocci et bactéries pyogènes : abcès froids et ulcération. (*Progrès médical*, Mai 1912).

GOUGEROT et VIAL. — Hypodermite aiguë d'origine inconnue. (*Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Mars 1937).

MAY. — Cellulites subaiguës staphylococciques. (*Annales de dermatologie et de Syphiligraphie*, Février 1937).

MILIAN. — Infiltrats dermo-hypodermiques streptococci-

ques. (*Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie*, Avril-Août 1931).

MILIAN et Mlle MOUGHAL. — Hypodermite subaiguë de la jambe avec angine mycosique. (*Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Février 1940).

SHAFFER. — Panniculite nodulaire liquéfiante. (*Archiv of Dermatology and Syphiligraphy*, Octobre 1938).

STARKENS. — Capillaropathie aiguë circonscrite de Buinevitsch. (*Presse Médicale*, Mai 1937).

R. FOULON IMPRIMEUR
29, Rue Deparcieux, PARIS XIV^e

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below

10M-5-45

--	--	--

H111 Paris. Faculté de
P232 médecine.
1941 Thèses. 108729
v.10

NAME

DATE DUE

